

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

356

pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Robert RICHARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 9 Juin 1906, à Azay-le-Rideau

LE DOLICHOCOLON
chez l'Enfant

SES RAPPORTS AVEC LE MÉGACOLON

Président de Thèse : M. NOBÉCOURT, Professeur

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

PARIS

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Robert RICHARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 9 Juin 1906, à Azay-le-Rideau

LE DOLICHOCOLON chez l'Enfant

SES RAPPORTS AVEC LE MÉGACOLON

Président de Thèse : M. NOBÉCOURT, Professeur

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

PARIS

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GULLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD Henri.... Pathologie médicale.
 BERNARD E. .. Pathologie médicale.
 BESANCON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD ... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES..... Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN .. Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME ... (Obstétrique.
 LANTUEJOUL. (

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{me} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS..... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale et comparée.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.



IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
ALAJOUANINE. Clinique médicale.
AUBERTIN Clinique médicale.
BRULE Clinique médicale.
CHABROL Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DONZELOT .. Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.

MM.

PASTEUR-VALLERY-RADOT. Clinique
médicale.
SEZARY Clinique médicale.
ECALLE Clinique obstétricale.
GUENIOT Clinique obstétricale.
LE LORIER ... Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL.. Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.

MM.

BASSET Clinique chirurgicale.
BROCQ Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.
GATELLIER .. Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
QUENU Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
VELTER Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
WEIL-HAILLE Puériculture.
FREY Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME ET A MES ENFANTS :

Tendresse infinie et dévouement entier.

A MON PERE ET A MA MERE :

*qui m'ont donné l'exemple
d'une vie de labeur et de probité,
j'offre ce faible témoignage
de ma profonde affection
et de ma reconnaissance
infinie pour tout ce que je
leur dois.*

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS.

A TOUTE MA FAMILLE.

A MES AMIS.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT

Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades

Professeur de Clinique Médicale des enfants

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*à qui je présente l'hommage
de ma respectueuse gratitude
pour la grande bienveillance
qu'il m'a toujours témoignée.
Je lui exprime encore toute
ma reconnaissance pour le
grand honneur qu'il m'a fait
en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL CARTON DE BREVANNES

*pour tout ce que je sais lui
devoir, qu'il veuille bien me
permettre de l'assurer au jour-
d'hui de toute ma reconnais-
sance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALDENWECK

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Beaujon

Profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MES CAMARADES D'ETUDES ET D'INTERNAT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Lors de notre séjour à l'Hôpital des Enfants-Malades, comme interne du Professeur Nobécourt, nous avons été frappé par la fréquence relativement grande et les conséquences parfois graves de certaines malformations du colon, chez les enfants.

Ces malformations étant soit un simple allongement de celui-ci, soit une augmentation de son volume avec hypertrophie des parois, soit un ensemble de toutes ces lésions, réalisant au maximum la malformation colique.

Ces malformations peuvent être généralisées, touchant le colon dans son ensemble, mais elles sont plus souvent segmentaires, localisées à une portion du colon et en particulier la portion pelvienne.

Du point de vue clinique, comme nous le verrons ultérieurement, ces malformations se traduisent surtout par de la constipation, mais aussi par des troubles digestifs variables, de toute nature, de caractère banal, et qui de ce fait peuvent laisser inaperçue la lésion en cause.

Mais si, instruit sur la fréquence de ces malformations coliques, on remarque que ces troubles digestifs variés vont en se répétant à longue échéance, on doit

y penser et faire pratiquer un examen radiologique pour confirmer le diagnostic. C'est en procédant ainsi qu'il nous a été donné d'observer à la Clinique Médicale des enfants quelques observations de dolichocolon et de mégacolon que nous allons exposer.

Mais auparavant nous allons préciser ce que nous nous proposons d'examiner dans cette étude.

Tout d'abord nous rappellerons succinctement les notions embryologiques, anatomiques et physiologiques que nous avons sur le gros intestin de l'enfant. Ces données nous permettront de mieux comprendre chemin faisant l'étiologie et la pathogénie de ces affections.

Nous décrirons ensuite le dolichocolon de l'enfant, tel qu'il se présente dans sa forme habituelle et selon les différents aspects qu'il réalise en clinique.

Nous insisterons sur les signes fournis par la radioscopie avec lavement baryté. La radiologie confirme le diagnostic déjà pressenti par la clinique. Elle met en évidence non seulement l'allongement du colon, mais encore certains troubles moteurs du gros intestin dont la connaissance a permis d'étayer une théorie pathogénique.

Ceci dit, nous rappellerons la symptomatologie du mégacolon, les conditions dans lesquelles on le rencontre et nous ferons un chapitre particulier de l'association dolichocolon-mégacolon.

Ensuite nous entrerons dans un chapitre beaucoup moins précis traitant de la pathogénie de ces affections. Nous exposerons les hypothèses qui ont été

faites sur ce sujet et nous tâcherons de formuler une conclusion. C'est alors que nous montrerons comment s'établissent les rapports entre le dolichocolon et le mégacolon et pourquoi le mégacolon, comme l'ont indiqué les Professeurs Marfan et Nobécourt, est souvent une affection secondaire et la conséquence d'un dolichocolon qui se draine mal.

Quoi qu'il en soit, nous avons conscience de ne pas avoir épuisé le sujet, et nous sommes convaincus que des recherches ultérieures, en apportant des notions nouvelles, permettront de préciser les points qui sont restés obscurs dans cette étude.

OBSERVATIONS

Observation I

Eugène H... (A. 8967) naît à terme de parents bien portants, le 18 février 1930, après un accouchement normal, avec un poids de 3 kgs 070. Il est nourri au sein d'une façon régulière par une mère attentive.

Le 13 mars, à vingt-trois jours, il est pris de vomissements en fusée, d'agitation ; il refuse le sein ; il n'a pas de selles ; sa température est normale.

On l'amène à l'hôpital. Le chirurgien de garde constate un ventre gros, tendu, tympanique, une région épigastrique dure, des ondes péristaltiques très visibles. Il pense à une occlusion intestinale. Il pratique le toucher rectal ; celui-ci provoque une débâcle de matières diarrhéiques et de gaz fétides.

Le 14 mars, nous examinons l'enfant.

Sa taille est de 50 cm. 5, son poids de 3 kgs 270 ; sa température normale. Son squelette ne présente rien de particulier.

Son ventre est gros, moyennement tendu et météorisé. On constate une petite hernie ombilicale. La palpation ne révèle aucun symptôme intéressant. Le foie, la rate, les poumons sont normaux.

On ne découvre rien par le toucher rectal. La cuti-

réaction à la tuberculine et le Bordet-Wassermann (H^r) sont négatifs.

Le 17 mars, à vingt-sept jours, on fait un examen radiologique après lavement baryté. Le remplissage du rectum et du côlon ne révèle pas d'obstacles. Le rectum et le côlon ilio-pelvien sont volumineux. Ce dernier se continue sans démarcation nette avec le rectum, se dirige obliquement en haut et à droite jusque dans la fosse iliaque ; il masque le cæcum et le côlon ascendant, puis il se replie et se dirige vers la gauche, derrière la portion précédente, pour se continuer avec le côlon descendant. Le reste du côlon paraît normal. L'intestin grêle est distendu par les gaz.

À l'examen clinique, le ventre présente les mêmes caractères que précédemment.

Eugène est mis à l'allaitement mixte, car le lait de sa mère est insuffisant.

Il a des vomissements de caractère banal, des selles fréquentes, plus ou moins liquides, de coloration jaune verdâtre, panachées, comme dans la dyspepsie gastro-intestinale.

Une seconde radiographie, le 25 mars, à trente-cinq jours, montre un aspect différent du précédent : le rectum est dilaté, le côlon ilio-pelvien est gros, long, forme des flexuosités nombreuses.

Le poids augmente au début et atteint 3 kgs 430 le 26 mars ; puis il diminue jusqu'à 3 kgs 150 le 1^{er} avril.

Le 3 avril il est remonté à 3 kgs 400.

L'état général s'altère et le malade meurt le 23 avril, à deux mois.

Somme toute, Eugène présente, à vingt-trois jours, des accidents aigus d'occlusion intestinale, qui disparaissent après une débâcle provoquée par le toucher rectal. Le rectum est dilaté, le côlon ilio-pelvien est très long avec des inflexions multiples, mais il est peu dilaté.

Il s'agit d'un dolichocôlon et peut-être du début d'un mégacôlon ilio-pelvien.

Observation II

Hot... Janine (A. 9826) naît le 3 février 1932, à terme, après un accouchement normal, avec un poids de 2 kgs 750. Elle reçoit du B. C. G.

Elle est nourrie au sein jusqu'à trois mois, ensuite avec du lait de vache coupé d'eau sucrée. On n'a pas d'autres renseignements.

Elle entre à la salle Husson, le 21 juillet, pour des vomissements. Elle est âgée de cinq mois.

Elle pèse 4 kg. 630 et mesure 56 centimètres, au lieu de 6 kg. 550 et de 63 centimètres. La réduction staturale est de 7 centimètres (11 %). La taille est celle d'un bébé d'un mois et demi environ.

Le rapport P/T de 86,2 est un peu supérieur à celui de cet âge (75,8).

L'aspect est bon. L'examen somatique ne révèle rien d'anormal.

La cutiréaction à la tuberculine et le Bordet-Wassermann (H^s) sont négatifs.

Du 2 au 11 juillet, bien que le poids soit stationnaire, Janine présente un bon état général. Elle a, chaque jour, deux selles jaunes. Cependant elle a tous les trois ou quatre jours un vomissement de caractère banal.

Le 11 juillet, la mère emmène sa fille.

Le 13, elle la ramène pour des vomissements.

Pendant la semaine qui suit, l'enfant a, chaque jour, un ou deux vomissements faciles, sans efforts, en fusée, et deux selles jaunes liquides.

Le 26 juillet et le 4 août, on fait un examen radiologique du tube digestif. L'estomac est normal et se vide régulièrement. Après un lavement baryté, le cadre colique apparaît allongé et de fort calibre, l'anse sigmoïde est rejetée à droite, allongée et flexueuse ; il existe un dolichocôlon sigmoïde et un mégacôlon.

Les vomissements s'atténuent, puis ils disparaissent.

L'enfant quitte le service le 24 août. Il a six mois et demi et pèse 4 kg. 470. Il est amaigri, mais en bonne voie d'amélioration.

On ramène Janine le 18 novembre pour des vomissements, une perte de poids et de la diarrhée. Elle a alors neuf mois et demi.

Elle pèse 4 kg. 990 et mesure 61 centimètres au lieu de 8 kg. 350 et 67 centimètres. La taille est celle d'un bébé de trois mois et demi. En quatre mois, l'accrois-

sement statural a été de 5 centimètres au lieu de 4 centimètres, la réduction staturale est passée de 7 centimètres (11 %) à 6 centimètres (8,9 %). Le poids a augmenté seulement de 360 grammes. Le rapport P/T de 81,8 est inférieur à celui d'un bébé de trois mois et demi (91,8).

L'enfant est maigre, et a un aspect fatigué. Son abdomen est un peu augmenté de volume et légèrement tympanique. Son foie et sa rate sont de dimensions normales.

Il est anorexique et perd du poids. La radiographie du gros intestin, faite le 24 novembre, montre de nouveau l'existence d'un dolichocôlon avec mégacôlon.

La rectoscopie, pratiquée par le D^r Max-Lévy, permet de constater que le rectum est normal sur les derniers centimètres : mais l'exploration ne peut être pratiquée sur le segment supérieur à cause de la présence des matières.

Pendant le séjour à la salle Husson, les vomissements disparaissent, les selles sont normales bien qu'un peu liquides, mais l'enfant a presque toujours de la fièvre, est anorexique et perd du poids.

Il sort de l'hôpital le 15 décembre 1932, à dix mois et demi, son poids est de 4 kg. 740.

En somme il s'agit d'un dolichocôlon avec mégacôlon ou seulement tendance au mégacôlon, constaté au hasard d'un examen radiologique chez une fille de cinq mois.

Aucun symptôme fonctionnel ou physique n'attire l'attention.

Il n'y a pas de gros ventre, pas de constipation. L'enfant ne présente que quelques vomissements et qu'une diarrhée banale.

Observation III

Chav... Jacqueline (B. 4261) est née le 11 septembre 1931, à terme, de parents bien portants, avec un poids de 3 kg. 500.

Elle est nourrie au sein jusqu'à trois mois, puis au lait sec.

Elle a la rougeôle à huit mois, la varicelle à treize mois. Jusqu'au mois d'août 1932, à onze mois, elle a des selles normales.

A cette époque, la constipation s'installe. Pendant un mois, les selles sont rares, obtenues seulement par des lavements et de l'huile de ricin.

Jacqueline entre à l'hôpital Bretonneau où on fait le diagnostic de mégacôlon.

Sa constipation persiste pendant un mois environ, puis diminue. Elle est mise au régime des enfants de son âge et sort de l'hôpital.

A la fin de novembre, la constipation reparaît, les selles sont petites, rares ; le ventre se ballonne. C'est pour ces symptômes, qui durent depuis huit jours, que Jacqueline entre à la salle Parrot, le 5 décembre 1932.

Elle est âgée d'un an et deux mois. Elle mesure 68 centimètres et pèse 7 kilogrammes, au lieu de

71 centimètres et 9 kg. 600. La réduction staturale est de 3 centimètres (4,2 %). La taille est celle d'un bébé de dix mois. Le rapport P/T est de 102,9 au lieu de 127 pour un bébé normal plus jeune, de même taille.

Jacqueline est maigre, pâle, d'aspect chétif. Elle ne marche pas encore. Sa température est de 37°. L'abdomen est mou, flasque, un peu volumineux ; les grands droits sont écartés. Les viscères sont normaux.

La cutiréaction à la tuberculine est positive.

On n'obtient des selles qu'au moyen de lavements journaliers.

Un examen radiographique est pratiqué, le 10 décembre, après un lavement baryté. La bouillie monte en obliquant rapidement à droite ; le côlon complètement rempli est long, avec une anse sigmoïde, anormalement développée, dans le côté droit du petit bassin. Le calibre du côlon ne paraît pas très exagéré. Le reste du cadre colique est normal.

Avec un régime normal, Jacqueline a une selle normale journalière. Son poids augmente régulièrement et atteint 8 kg. 150 le 30 décembre.

Elle sort de l'hôpital le 5 janvier 1933. Elle a un an et trois mois. Sa taille (68 centimètres) n'a pas changé.

En résumé, cette fille, habituellement bien portante, présente, à partir de onze mois, des périodes de constipation opiniâtre.

L'examen radiologique révèle un dolichocôlon pelvien.

La constipation cède au régime.

Observation IV

Geof... Josette (M. 344) est née à terme, le 13 août 1929, de parents bien portants, avec un poids de 2 kg. 060. Elle est nourrie au sein pendant quinze jours, puis au lait condensé pendant un mois et enfin au lait ordinaire. Elle a sa première dent à sept mois. Elle marche à quinze mois. A deux ans, elle pèse 11 kg. 500.

Elle n'a eu aucune maladie.

Elle entre à la salle Bazin le 23 juin 1932, parce que, depuis quelque temps, elle se plaint du ventre et que son abdomen grossit. L'enfant étant en nourrice, la mère ne peut donner aucune précision sur le début.

Josette est âgée le deux ans dix mois. Elle mesure 82 centimètres et pèse 9 kg. 300, au lieu de 83 cm. et 12 kg. 400. Sa taille est donc moyenne et son poids très faible. Son teint est pâle. Elle ne présente pas de signes osseux de rachitisme. Sa température est normale. Son abdomen est gros, globuleux, très tendu, tympanique, douloureux à la palpation. La peau, de couleur normale, est sillonnée de veinosités périombilicales. L'ombilic est légèrement saillant et déplié. La ligne blanche est élargie. On ne constate pas de contractions péristaltiques, de matité dans les flancs.

Elle a spontanément une selle abondante. On laisse à demeure une sonde rectale.

Le lendemain elle a encore une selle abondante. L'abdomen est moins gros, moins tendu, moins douloureux que la veille.

Par ailleurs, l'examen somatique ne montre rien d'anormal. La cutiréaction à la tuberculine et le Bordet-Wassermann (H^r) sont négatifs.

Une radiographie faite, le 27 juin, après lavement baryté, montre l'existence d'un côlon moyennement dilaté surtout au niveau du transverse et de l'angle gauche.

Deux examens rectoscopiques ne révèlent aucune anomalie sur une longueur de 15 centimètres.

Pendant les douze jours que Josette reste à l'hôpital, elle a chaque jour, une selle normale et ne vomit pas. La distension abdominale varie avec l'émission plus ou moins abondante de matières et de gaz.

L'examen de sang révèle de l'anémie.

Hématies : 2.820.000 par millimètre cube.

Hémoglobine : 78 %.

Leucocytes : 9.400 par millimètre cube.

Polynucléaires neutrophiles : 76 %.

Moyens mononucléaires : 15 %.

Grands mononucléaires : 9 %.

Josette sort de l'hôpital le 5 juillet 1932, à deux ans et onze mois.

Il s'agit d'un mégacôlon avec dilatation moyenne, localisé surtout au côlon transverse. Il se révèle, dans le courant de la troisième année, par l'augmentation

graduelle du volume du ventre. A deux ans dix mois le ventre est très gros.

Ces symptômes persistent pendant le court séjour de l'enfant à l'hôpital.

Observation V

Roger Guin... est né le 7 avril 1925. Depuis sa naissance, il a une constipation permanente ; il ne va pas à la selle, ou qu'avec des lavements ou des suppositoires. En outre, il a fréquemment des vomissements alimentaires, qui disparaissent après l'évacuation de l'intestin.

A huit mois, il a un premier accès d'occlusion intestinale qui cesse avec une débâcle de matières. Depuis, il a de temps en temps des accès caractérisés par des douleurs abdominales, un arrêt complet des matières et des gaz, du ballonnement du ventre qui se terminent par une débâcle intestinale.

Il entre dans le service du professeur Ombrédanne le 1^{er} février 1930, après un de ces accès. Il est âgé de quatre ans et demi.

On trouve un abdomen très gros, très météorisé, avec des mouvements péristaltiques forts.

Au toucher rectal, le doigt sent, dans la partie haute de l'ampoule rectale, un spasme très marqué : une fois l'obstacle franchi, se produit une débâcle de matières solides et liquides. A un centimètre au-dessus de la zone contractée, le doigt au retour accroche

un repli très saillant de la muqueuse qui forme une espèce de valvule. Il n'y a aucune lésion de l'ampoule rectale ni du canal anal.

La radiographie faite, le 3 février, sans préparation, montre les côlons très distendus par les gaz. Un lavement opaque passe rapidement à gros bouillons et remplit les côlons descendant et ascendant, qui sont très dilatés ; le côlon transverse ne garde pas le liquide, mais est dilaté par des gaz. Il s'agit d'un mégacôlon total.

Le 7 février, le D^r Folliasson fait un anus iliaque droit. A la suite l'abdomen s'affaisse.

Le 28 février, débute une rougeole qui évolue régulièrement.

Le 18 mars, l'anus artificiel se bouche, on le dilate et les fonctions régulières réapparaissent.

En résumé, il s'agit d'un mégacôlon intéressant tout le côlon. La constipation s'est installée dès la naissance. A partir de huit mois apparaissent des accidents d'occlusion aiguë de l'intestin. La distension de l'abdomen est devenue énorme.

L'intervention chirurgicale est rendue nécessaire. A noter le spasme et la valvule constatés par le toucher rectal au niveau du sphincter pelvi-rectal.

Observation VI

Mont... Paulette est née le 20 juillet 1926 à terme, avec un poids de 3 kilogrammes, après un accouchement normal. Elle est nourrie au sein jusqu'à deux

mois, puis au lait condensé. Elle a sa première dent à huit mois, marche à treize mois.

A quinze mois, elle présente des phénomènes d'occlusion incomplète de l'intestin, avec constipation opiniâtre et vomissements répétés .

Jusqu'à trois ans, elle a des alternatives de diarrhée et de constipation.

Depuis cet âge, la constipation prédomine au point que, chaque jour, on est obligé de lui donner des lavements.

Elle vient à la consultation à la fin de décembre 1932. Elle a six ans cinq mois.

Elle est très constipée ; elle a des régurgitations gazeuses fréquentes, une haleine fétide, une langue saburrale, un appétit capricieux.

L'abdomen est souple, le foie et la rate ont des dimensions normales. La palpation permet de sentir dans la fosse iliaque droite l'intestin rempli de matières. Des examens radiologiques sont faits le 27 décembre 1932 et le 11 janvier 1933. Après lavement baryté, on voit une anse sigmoïde longue et volumineuse logée dans la fosse iliaque droite, le reste du côlon est allongé et dilaté. On porte le diagnostic de dolichocôlon avec mégacôlon.

Fait intéressant, sa mère et sa grand'mère maternelle présentent, depuis la naissance, les mêmes troubles que l'enfant.

La mère a eu, il y a trois ans, des accidents de subocclusion intestinale. La radiographie révèle un dolichocôlon sans mégacôlon.

La grand-mère est constipée depuis la naissance. Jeune fille elle a eu des accidents de subocclusion intestinale. Sur la radiographie, on constate un mégarectum, un mégasigmoïde et un allongement des côlons.

Somme toute, Paulette a toujours été constipée. Elle présente à quinze mois des accidents d'occlusion aiguë de l'intestin. Elle a un dolichocôlon pelvien et un mégacôlon généralisé.

Il est intéressant de constater l'existence d'un dolichocôlon sans mégacôlon chez la mère et d'un dolichocolon avec mégarectum et mégasigmoïde chez la grand-mère maternelle.

Observation VII

C... Louis (D. 5544) est né à terme le 24 décembre 1911. Ses parents et ses quatre frères et sœurs sont bien portants.

Il est nourri au sein jusqu'à un an. Il a sa première dent à huit mois. Il parle et marche à seize mois, puis il cesse de marcher.

Sa croissance physique et intellectuelle est très lente. A onze ans, il a la taille et l'allure d'un petit enfant. Il est gros, lent dans ses mouvements, ne marche pas seul, parle à peine, ne s'intéresse à rien.

En juin 1922, on commence l'opothérapie thyroïdienne : on note de l'amélioration au bout de trois mois. L'enfant recommence à marcher et à parler mieux.

A douze ans et demi, en août 1925, il subit l'ablation des végétations adénoïdes.

Par ailleurs, il a toujours eu une très forte constipation, les matières sont fétides, dures.

Louis entre à la salle Bouchut, le 3 juillet 1925. Il a treize ans et demi.

Sa taille est de 124 centimètres et inférieure de 24 centimètres à la moyenne de son âge. Il pèse 25 kg. 900. Il a la taille des garçons de huit ans dix mois, le poids des garçons de neuf ans onze mois. Il ne présente aucun signe de puberté. Il a un gros crâne, un front haut, des orbites écartées, la racine du nez est aplatie.

Son thorax est globuleux avec une base très large. L'abdomen est très distendu, gros, peu sonore, douloureux. La ligne blanche est très large : on note une circulation veineuse exagérée, une hernie ombilicale, des ondes péristaltiques. Les viscères ne présentent rien de particulier.

Les réactions de Bordet-Wasserman (H^s) et de Hecht, la cutiréaction à la tuberculine sont négatives.

Les symptômes abdominaux, auxquels s'ajoutent des vomissements et de la constipation, réalisent un syndrome d'obstruction intestinale. Un lavement évacuateur provoque une débâcle.

On pose le diagnostic de mégacôlon.

Il se trouve vérifié par des examens radiologiques.

Le 27 juillet on introduit dans le rectum du liquide baryté. Le rectum et le côlon ilio-pelvien sont très longs à se remplir et sont très volumineux. Il faut

environ un litre de liquide. Le côlon pelvien est à droite de la ligne médiane et très flexueux. Le remplissage du côlon ascendant et de la moitié gauche du côlon transverse nécessite encore trois quarts de litre de liquide; on s'arrête, car la distension est douloureuse. Ces segments sont normaux.

Le 31 juillet, à 4 heures du matin, l'enfant boit du liquide baryté. L'examen radioscopique est pratiqué à 10 heures. Le liquide opaque ingéré se trouve alors dans la terminaison de l'intestin grêle et le cæcum. Dans la partie inférieure du côlon ascendant il reste encore du liquide du 27 juillet.

Par la rectoscopie, on reconnaît un rectum très dilaté, un mégarectum. Au delà de quinze centimètres le calibre est normal. Il n'existe aucun obstacle sur les 22 centimètres explorés. La muqueuse est saine.

Louis sort de l'hôpital le 31 juillet.

En résumé, ce garçon entre à l'hôpital avec des symptômes d'obstruction intestinale, qui disparaissent à la suite d'un lavement. On constate un mégarectum, un dolichocôlon et un mégacôlon ilio-pelvien.

L'enfant est manifestement hypothyroïdien.

Observation VIII

Lechal... Christiane (M. 81) est née, le 26 avril 1929, à terme, à la maternité de Baudelocque... après un accouchement normal.

Ses parents sont bien portants.

Elle n'a jamais été malade, mais a une tendance à la constipation.

Elle entre au pavillon Maria Richard, le 22 décembre 1930, pour de la fièvre et des douleurs abdominales. Elle est âgée d'un an et huit mois. Elle pèse 8 kg. 100.

Elle a de la fièvre et présente des signes d'adénopathie trachéo-bronchique droite. La cutiréaction à la tuberculine est positive. Il n'y a pas de bacilles de Koch dans les selles.

L'abdomen est normal.

Un examen radiologique du tube digestif est fait le 27 décembre après un lavement baryté. On constate un côlon pelvien de longueur sensiblement moyenne, un remplissage homogène du gros intestin, un transit régulier sauf pour la région médiane du transverse qui se remplit à peine, un angle splénique légèrement surélevé.

Christiane sort de l'hôpital, le 11 janvier 1931, sur la demande de ses parents.

Elle contracte la rougeole à la fin de janvier et meurt de broncho-pneumonie en février, au Bastion 29.

En somme, côlon ilio-pelvien à peu près normal. On ne peut affirmer le dolichocôlon.. Observation montrant qu'il n'y a pas de limites tranchées entre côlon pelvien normal et dolichocôlon.

Observation IX

Jean est né le 25 février 1928, à terme, avec un poids de 2 kg. 500.

Son alimentation a toujours été très difficile.

En juillet 1928, à 5 mois, il a une diarrhée d'été très sévère. Il conserve des troubles digestifs, pour lesquels on lui prescrit divers régimes.

On le voit le 11 août 1930, à 2 ans et 1 mois, et depuis de temps en temps.

Il a des périodes de constipation avec matières dures, sous forme de boules ou de cylindres. Il présente des signes d'hypohépathie. Le traitement habituel de cette dernière entraîne de l'amélioration.

Cependant, malgré le traitement, Jean a souvent de la constipation avec des scybales ; mais à certains moments, les selles sont normales.

On le voit, le 15 avril 1932, à l'âge de 4 ans et 1 mois ; il a bon appétit et digère bien. En juillet et août reparaît une constipation opiniâtre pendant un séjour au bord de la mer, puis à la montagne. Au retour des vacances, le 15 septembre, la constipation cesse et les selles sont bonnes.

Rien ne fait prévoir les accidents qui surviennent le 9 octobre. Ce jour-là, après le goûter habituel, Jean est pris de fortes douleurs abdominales, accompagnées de sueurs. Sa température est de 37°6. Il n'a pas de vomissements. Le médecin appelé trouve le ventre très ballonné, il ne constate rien d'anormal

par le toucher rectal. Il prescrit l'application de compresses chaudes sur l'abdomen. Une heure après l'enfant a une selle, mêlée de gaz fétides, le ventre s'affaisse.

On voit l'enfant le lendemain. Son ventre n'est pas gros, le côlon transverse et l'angle gauche sont remplis de gaz qui progressent sous l'action d'un massage doux et sont expulsés par l'anus. Les accidents paraissent donc attribuables à une pneumatose aiguë de l'intestin, dont la cause est difficile à préciser.

L'enfant a toujours été aérophage et est très aéro-phage en ce moment. On a constaté souvent du spasme des côlons descendant et iliaque.

L'association de ces deux phénomènes est-elle responsable ? ou s'agit-il d'un mégacôlon ?

On demande un examen radiologique, qui précise l'existence d'un dolichocôlon sigmoïde.

De ces observations se dégagent plusieurs notions que nous allons exposer, mais auparavant nous croyons utile de rappeler certaines notions embryologiques, anatomiques et physiologiques concernant le gros intestin de l'enfant.

LE GROS INTESTIN DE L'ENFANT

Chez le fœtus, le tube digestif qui à l'origine est à peu près rectiligne, est ultérieurement représenté par l'anse intestinale qui se continue par l'intestin terminal au niveau de la coudure qui forme l'angle splénique du côlon.

En dehors des processus de torsion et de fixation, il existe un processus de développement qui fait que la branche supérieure de l'anse intestinale deviendra le jéjuno-iléon, alors que la branche descendante donnera dans son 1/4 antérieur la terminaison du grêle et dans ses 3/4 postérieurs le cœcum, le côlon ascendant et le côlon transverse.

L'intestin terminal formera le côlon descendant, le côlon ilio-pelvien et le rectum.

Cet intestin terminal s'allonge plus ou moins suivant les segments. C'est au niveau du segment ilio-pelvien que l'allongement est le plus rapide et le plus important, d'où formation de l'anse sigmoïde.

Le côlon descendant et le côlon iliaque s'accolent à la paroi et deviennent fixes.

Le côlon pelvien est relié à la paroi postérieure par un long meso pelvien et reste libre.

Chez le nouveau-né et le nourrisson, le côlon pelvien ou anse sigmoïde fait suite au côlon iliaque au niveau du bord interne du psoas gauche ; il se con-

tinue avec le rectum au niveau de la troisième vertèbre sacrée. Son méso est très long.

Il présente des particularités qui ont été décrites par Cruveilhier, Sappey, Trèves, Huguier en 1858, Boucart en 1863, Bednard, Jacobi en 1887 et, plus récemment, par le Professeur Marfan.

Il est très long. Il représente environ la moitié de tout le gros intestin. A cause de sa longueur d'une part, de l'étroitesse du bassin d'autre part, il est presque complètement logé dans l'abdomen et prend des formes diverses. Celles-ci varient d'un enfant à l'autre et chez le même enfant du fait de sa mobilité. En effet, longueur et mobilité expliquent la variété des formes et l'importance des flexuosités.

D'une façon schématique, on peut avec Boucart en décrire trois types principaux. Ces types sont les suivants :

1° Le type ascendant, le plus commun (112 fois sur 150) avec une anse verticale à concavité inférieure.

2° Le type transversal, plus rare d'après Boucart (32 fois sur 150) le plus habituel d'après Huguier, avec une anse horizontale à concavité tournée à gauche.

3° Le type descendant, relativement rare (6 fois sur 150) avec une anse verticale à concavité tournée vers le haut.

Entre ces différents types on rencontre un grand nombre de variétés.

Les caractères particuliers du petit bassin et du côlon pelvien commencent, d'après Huguier, à s'atténuer à partir de 18 mois à 2 ans.

Toutefois, on retrouve chez l'adulte différents types :

Le côlon pelvien normal a une longueur de 40 cms environ. Comme la longueur totale du côlon est d'environ 150 cms, il en forme 26 % au lieu de 50 % chez le nourrisson. Son meso est long. Il décrit une courbe dont la concavité inférieure et postérieure regarde en arrière et en bas.

Le côlon pelvien long ou abdomino pelvien, qui mesure jusqu'à 80 cms et forme une anse à concavité inférieure, remontant plus ou moins haut dans l'abdomen.

Le côlon pelvien court, qui descend le long de la paroi postéro-latérale gauche du bassin, décrit une ou deux flexuosités, a un meso très court et est peu mobile.

Le côlon pelvien très mobile se continue en amont avec le côlon iliaque, en aval avec le rectum qui tous deux sont fixes. Il s'abouche dans le rectum sous un angle aigu, d'où formation d'une plicature pelvi-rectale et quelquefois d'un repli valvulaire. A ce niveau se trouve le sphincter pelvi rectal.

Ces notions anatomiques expliquent le rôle physiologique du côlon pelvien. C'est un réservoir où s'accumulent les matières. Celles-ci passent d'une façon intermittente dans le rectum où elles déclenchent le réflexe de la défécation. Le passage continu des

matières dans le rectum est empêché par la plicature pelvi rectale et le sphincter pelvi rectal.

Les notions précédentes font comprendre pourquoi il n'y a pas de limites nettes entre le côlon pelvien normal et le côlon pelvien anormalement long ou dolichocôlon, pourquoi la mobilité du côlon, surtout lorsqu'il est très long, peut entraîner des coudures ou des torsions plus ou moins durables, pourquoi l'exagération de la plicature pelvi rectale, la compression d'un segment inférieur par un segment supérieur rempli de matières et de gaz, empêche le cours normal des matières.

Ces divers facteurs peuvent gêner ou empêcher le cours des matières.

D'autres facteurs peuvent encore intervenir : un repli valvulaire, le spasme ou l'achalasie (défaut de relâchement) du sphincter pelvi rectal.

LE DOLICHOCOLON CHEZ L'ENFANT

MM. Chiray, A. Lomon et R. Wahl définissent ainsi le dolichocôlon: allongement anormal du gros intestin d'où résultent des flexuosités, des anses et des coudures anormales se caractérisant cliniquement par des troubles digestifs variés dont les plus importants et les plus constants sont la constipation, l'aérocolie et les crises douloureuses.

Pour ces mêmes auteurs, dans l'immense majorité des cas, le dolichocôlon est une affection du côlon gauche et en particulier du côlon sigmoïde. Mais on peut également voir un dolichocôlon iliaque ou descendant. Plus rare est le dolichocôlon transverse ou ascendant. Rare également est le dolichocôlon généralisé.

Chez l'enfant, c'est une affection relativement fréquente. On a dit que le dolichocôlon se voyait beaucoup plus fréquemment chez l'adulte que chez l'enfant et dans la seconde enfance que dans la première. Notre expérience n'est pas suffisante pour nous permettre de nous prononcer sur ce point. Toutefois il nous semble que si l'on recherchait systématiquement les signes radiologiques de dolichocôlon chez les jeunes enfants qui présentent quelques troubles gastro-intestinaux anciens et tenaces, caractérisés surtout par une constipation opiniâtre, peut-être trouverait-on assez souvent un dolichocôlon au début de son évolution.

Signes cliniques

Nous décrirons les symptômes du dolichocôlon pelvien, forme la plus fréquente de dolichocôlon, tels qu'il nous a été donné de les observer.

Cette affection peut se révéler par des SF, des SPH (examen de l'abdomen, examen radiologique, exploration du rectum), des SG, des accidents aigus d'occlusion intestinale.

SIGNES FONCTIONNELS. — Certains enfants peuvent, pendant longtemps et même jamais, ne présenter aucun trouble fonctionnel.

Janine (Obs. II), à dix mois, n'a jamais eu de constipation. D'autres présentent de la constipation. Celle-ci est le symptôme le plus important.

Bednard, Jacobi (1893) et surtout Marfan (1895) ont établi que la constipation congénitale peut relever de l'exagération de la longueur et des courbures du côlon pelvien.

Cette constipation apparaît plus ou moins tôt après la naissance. L'enfant reste deux ou plusieurs jours sans avoir de selles. C'est une constipation tenace et opiniâtre, de longue durée, résistant aux moyens habituels.

Les matières sont pâteuses, foncées, fermes, quelquefois sous forme de scybales englobées de mucus et même tachées de quelques stries sanglantes.

Ce caractère des matières est dû à la lenteur du transit dans le côlon pelvien allongé et flexueux qui

entraîne la résorption de leur partie liquide et leur durcissement.

La constipation est due au dolichocôlon lui-même, mais peuvent intervenir également les divers facteurs déjà signalés : une plicature ou une valvule pelvi rectale, le spasme ou l'achalasie du sphincter pelvi rectal sous l'influence du système nerveux, enfin le régime alimentaire. L'exploration du rectum dont nous parlerons plus loin, peut aider à déceler ces facteurs. Elle montre de plus sa vacuité et établit qu'il ne s'agit pas d'une constipation rectale.

La constipation peut être permanente. Assez souvent les périodes de constipation alternent avec les périodes d'évacuation normale. Souvent aussi elle est entrecoupée par des périodes de débâcles intestinales.

Comme le font remarquer MM. Chiray, A. Lomon et R. Wahl, « il ne s'agit pas d'une constipation banale car le cours des matières se trouve ralenti à certains moments, accéléré à d'autres ». Ce caractère est vérifié par l'étude copologique qui montre un transit intestinal jamais identique. C'est pourquoi ces auteurs qualifient ces phénomènes de « transit anarchique ».

La constipation persiste pendant toute la première enfance. Assez souvent elle diminue à la fin de la deuxième année ou pendant la troisième, à l'âge où, nous l'avons vu, le côlon pelvien tend à perdre ses caractères particuliers et où le petit bassin s'élargit. Mais elle peut se prolonger pendant toute l'enfance

et même à l'âge adulte, le dolichocôlon pelvien de l'adulte ayant souvent débuté pendant l'enfance.

Deux de nos malades ont présenté de la constipation : Jacqueline (Obs. III) en a présenté seulement à partir de onze mois. Quand nous l'avons soignée à un an et deux mois, les selles ont été régularisées par un régime simple.

Comme la constipation, les crises douloureuses sont fréquentes au cours du dolichocôlon. Elles surviennent en général sans horaire. Parfois elles sont très violentes, pouvant s'accompagner de nausées, de vomissements avec ballonnement abdominal, de palpitations, d'angoisse respiratoire. Elles peuvent être localisées, favorisant les erreurs de diagnostic (appendicite). Elles cessent en général brusquement. Elles se répètent à des intervalles variables. Elles sont en rapport avec des troubles mécaniques dus aux coudures, aux obstructions chroniques, aux compressions d'une branche de l'anse par les gaz accumulés et contre lesquels l'intestin lutterait.

SIGNES PHYSIQUES. — Ils sont fournis par l'examen de l'abdomen, la radiologie de l'intestin, l'exploration du rectum.

a) *L'abdomen* est généralement normal. Quand la constipation persiste pendant plusieurs jours, on peut constater du météorisme (le ventre est tendu, élastique et sonore) qui disparaît avec le retour des selles. Cette aérocolie trouve elle aussi son origine dans de simples phénomènes mécaniques.

Chez quelques enfants, qu'ils aient ou non de la constipation, peut s'installer une distension gazeuse permanente de l'abdomen.

M. Paul Letondal, en 1925, dans sa thèse de Paris : « Contribution à l'étude du mégacôlon chez l'enfant », en rapporte deux observations intéressantes.

1° Une fille de 3 mois 1/2 est athrépsique malgré l'allaitement au sein. Elle présente un gros ventre tympanisé. Elle n'a ni vomissements, ni constipation, ni diarrhée.

L'examen radiologique après un lavement bismuthé montre une anse sigmoïde, longue, remontant dans le flanc droit presque jusqu'au diaphragme formant une courbe allongée.

Cette fille meurt à 9 mois de septicémie staphylococcique. On pratique l'autopsie : le rectum, le côlon ilio pelvien forment une anse remarquablement longue se dirigeant à droite, logée toute entière dans la fosse iliaque et le flanc droit. L'anse redescend obliquement en bas et à gauche presque dans la fosse iliaque gauche et elle se continue avec le côlon descendant. L'anse ilio-pelvienne n'est pas dilatée. Le côlon descendant est de calibre plus considérable. Les côlons transverse et ascendant sont allongés, dilatés ou resserrés par place. Il n'y a pas de mégacôlon.

En résumé : dolichocôlon sans mégacôlon. Tympanisme abdominal chronique considérable, sans diarrhée ni constipation.

2° Une fille de 5 ans présente un gros ventre tympanisé avec des zones de submatité sans ascite.

Elle a des périodes de selles normales et des périodes de constipation, avec une selle tous les 2 ou 3 jours.

La radiographie pratiquée après un lavement baryté montre un rectum élargi, un S iliaque allongé avec plusieurs replis siégeant dans la fosse iliaque droite. Il n'y a pas de mégacôlon.

M^{me} Nageotte-Wilbouchewitch a présenté à la Société de Pédiatrie de Paris, le 18 novembre 1924, un garçon constipé dès la naissance. Il n'a jamais eu de selles spontanées. La constipation est difficilement combattue par des suppositoires et des lavements laxatifs. Le ventre est toujours très gros. Ce garçon s'est toujours bien porté. A 3 ans, une radiographie montre une anse sigmoïde très longue, sinueuse, formant plusieurs replis, avec un coude supérieur remontant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Une amélioration est obtenue par un traitement médical.

b) *La radiologie* a une importance capitale. Elle permet de reconnaître l'existence du dolichocôlon.

En raison de l'importance des renseignements qu'elle fournit, nous en ferons ultérieurement une étude spéciale.

c) *L'examen du rectum* en montre le plus souvent l'intégrité. On pratique d'abord le toucher. L'introduction d'une sonde dans le rectum apporte des données intéressantes à condition de suivre la technique

précisée par le Professeur Marfan. On introduit lentement dans le rectum une longue sonde par laquelle on fait couler de l'eau tiède. Quand elle arrive à une certaine profondeur, survient l'évacuation d'une grande quantité de matières. Parfois même, écrit M. Marfan, on sent que la sonde franchit une sorte de valvule formée sans doute par une plicature de l'intestin et l'évacuation par débâcle se produit aussitôt. Le repli valvulaire siège ordinairement à l'union du rectum et de l'S iliaque.

La rectoscopie permet de découvrir, le cas échéant, l'existence d'une valvule, en général valvule pelvi rectale qui siège à l'union du côlon pelvien et du rectum.

SIGNES GÉNÉRAUX. — L'état général des enfants porteurs d'un dolichocôlon pelvien peut rester bon. Souvent ils présentent des phénomènes de dénutrition, conséquence d'une dyspepsie gastro-intestinale et d'une alimentation mal conduite, plutôt que du dolichocôlon lui-même.

La croissance staturale peut être normale, réduite ou au contraire forte.

Jean (Obs. IX) mesure 88 cm. à 2 ans et 1 mois; 106 cm. 5 à 4 ans et 9 mois.

Son excès statural est respectivement de 7 cm. 5 et de 5 cm., soit de 8,5 % et de 4,6 %. Sa courbe de croissance est semblable à celles d'autres garçons présentant la même hypertrophie staturale.

Le dolichocôlon pelvien ne semble pas avoir, tout

au moins pendant la petite et la moyenne enfance, sur la croissance staturale l'influence que peuvent avoir d'autres affections du tube digestif.

M. Joseph Gueirard, dans sa thèse de Marseille, en 1933, sur le dolichocôlon chez l'enfant, insiste sur l'importance de l'atteinte de l'état général dans le dolichocôlon de l'enfant.

Pour lui, contrairement à ce que l'on voit chez l'adulte, les signes généraux sont primordiaux, la constipation et les crises douloureuses abdominales n'étant que secondaires à cet âge. Il classe ces troubles généraux en trois groupes nettement différenciés.

a) Type pseudo-bacillaire. — L'enfant a de l'anorexie, il est subfébrile et il maigrit. Il est déprimé, il ne joue pas et travaille mal. Autant de signes discrets qui peuvent faire penser parfois à une tuberculose au début.

b) Type dyspeptique. — Il s'agit en général d'un enfant qui présente des signes de dyspepsie flatulente, caractérisée par de l'inappétence, des malaises post prandiaux, de la somnolence, de l'aérophagie, de la lenteur de la digestion et des nausées qui parfois peuvent aller jusqu'aux vomissements.

c) Type à troubles réflexes de la vie végétative. — Cette forme est caractérisée par des troubles fonctionnels cardiaques, des palpitations, une certaine gêne respiratoire, un peu d'angoisse ou une simple céphalée.

Pour M. Gueirard, ces trois types s'associent souvent, aussi conseille-t-il, chez l'enfant, quand un trouble d'ordre général ne fait pas sa preuve, de penser au dolichocôlon et de faire un examen du tube digestif.

Quant à nous, il ne nous a pas été donné d'observer une telle importance des troubles de l'état général au cours du dolichocôlon de l'enfant. Nous croyons que chez l'enfant, comme chez l'adulte, la constipation, les crises douloureuses abdominales, le météorisme, restent les symptômes les plus importants du tableau clinique. Nous ne nions pas l'existence de troubles de l'état général, mais dans la majorité des cas, nous ne leur attribuons qu'une importance secondaire.

ACCIDENTS AIGUS D'OCCCLUSION INTESTINALE

L'enfant qui a un dolichocôlon pelvien peut présenter des accidents aigus d'occlusion intestinale. Ceux-ci peuvent être très précoces, comme chez Eugène qui les a eus à 23 jours. Ils peuvent être tardifs comme chez Jean qui les a eus vers 4 ans 1/2. Il ne faut pas oublier ces accidents. En présence d'un enfant atteint d'occlusion intestinale il faut penser à la possibilité d'un dolichocôlon pelvien.

Signes radiologiques

Ils ont une importance considérable, puisque le diagnostic du dolichocôlon est fait surtout d'après les renseignements fournis par la radioscopie.

Comme l'a très bien montré M. Joseph Gueirard dans sa thèse, la radioscopie ne permet pas seulement de poser le diagnostic de l'allongement de l'anse malade, mais elle met encore en évidence les signes caractéristiques des troubles moteurs intestinaux, qui sont spécifiques du dolichocôlon.

On peut étudier ces signes par trois procédés : l'examen direct sans préparation, le repas opaque et le lavement opaque. Si on veut avoir des renseignements complets, il faut utiliser ces trois procédés, bien qu'ils n'aient pas la même valeur.

1° L'EXAMEN DIRECT SANS PRÉPARATION

Il permet de déceler la présence de plages ou de bulles gazeuses un peu trop abondantes et de siège un peu anormal. Les bulles d'air se voient souvent au-dessus de l'anse dolichocolique, dans le cœcum, dans l'intestin grêle et même dans la portion pylorique du duodenum. Cet examen est facile, mais il est insuffisant, il doit être complété par une épreuve barytée.

2° LE REPAS OPAQUE

Il peut être administré en une seule fois, mais il est préférable de le donner en deux ou trois fractions de 8 heures en 8 heures, de manière à imprégner entièrement le tube digestif.

Cet examen permet tout d'abord d'observer les

modifications que subit l'estomac. Elles ont été signalées par Leven et Barret, Enriquez et Durand : ce sont des déformations gastriques par aérocolie, elles sont surtout dues au soulèvement que l'anse allongée fait subir à l'estomac ou à des spasmes réflexes.

D'autre part, ce procédé permet de s'assurer que la traversée intestinale se fait anormalement. En effet, l'élimination commencée vers les 12 heures, dure plus de 36 heures. A l'examen, la baryte se trouve irrégulièrement répandue dans l'intestin en tronçons courts. Cependant on ne la voit jamais siéger dans l'anse allongée et coudée. Au contraire le transit se faisant plus rapidement dans les segments malades que dans ceux qui sont normaux, la stase se fait toujours en amont de l'anse dolichocolique.

Cette épreuve permet ainsi de mettre en évidence un fait important dont nous avons parlé plus haut à propos de la constipation : l'irrégularité du transit intestinal qui traduit un trouble moteur fondamental. Le repas opaque est donc la preuve essentielle du « transit anarchique ».

3° LE LAVEMENT OPAQUE

Donné avec précautions, ce procédé permettra, non seulement de reconnaître l'anomalie et de la localiser, mais encore d'apprécier la tonicité, l'excitabilité et la mobilité des anses anormales.

1° On reconnaîtra et on localisera l'anomalie en se rapportant aux signes qui ont été décrits par MM. Chiray, A. Lomon et R. Wahl :

a) *Dolichocôlon sigmoïde.*

Le sommet du sigmoïde dépasse le niveau des crêtes iliaques.

b) *Dolichocôlon iliaque.*

Il est caractérisé par une boucle, dont le pédicule s'insère sur le colon iliaque, c'est-à-dire entre les terminaisons du côlon descendant au niveau de la crête iliaque et l'origine du côlon pelvien sur la ligne innommée.

c) *Dolichocôlon descendant.*

Ce sont des sinuosités à petites boucles se contraignant en haut et en bas du descendant, ou bien dans sa partie moyenne.

d) *Dolichocôlon transverse.*

Le transverse est double de longueur par une disposition en U ou en V.

e) *Dolichocôlon ascendant.*

Brèves plicatures sur le colon ascendant.

f) *Dolichocôlon multiple.*

g) *Dolichocôlon généralisé.*

2° La recherche des modifications de la tonicité est très importante. On constate une atonie générale de tout le segment malade qui apparaît avec des contours lissés, sans incisures, des coudures mollement arrondies et une extrême mobilité. Mais fait

caractéristique, cette atonie est susceptible au cours de l'évolution de présenter des variations que l'on pourrait tout aussi bien qualifier d'anarchiques.

3° Le lavement opaque permet d'observer l'inexcitabilité du côlon malade qui présente en effet une tolérance parfaite au lavement. L'anse dolichocolique se laisse dilater par l'injection barytée sans que pour cela le petit malade se plaigne d'une gêne quelconque.

4° Il permet encore d'apprécier la mobilité de l'anse malade.

Evolution - Complications

L'évolution du dolichocôlon est généralement longue. Au début le plus souvent, l'affection ne se signale que par des symptômes discrets et une constipation opiniâtre. Plus tard des crises douloureuses apparaissent; d'abord plus ou moins espacées, elles tendent à se rapprocher.

Ultérieurement peuvent apparaître des complications.

Mais dès maintenant, nous voulons surtout insister sur la transformation progressive d'un dolichocôlon en dolichomégacôlon, éventualité qui nous a semblé relativement fréquente, ce que nous verrons en traitant du mégacôlon.

Parmi les complications qui se voient au cours de

l'évolution du dolichocôlon, il en est certaines qui paraissent sinon spéciales à l'enfance, du moins très importantes à cet âge. Au premier rang de celles-ci, il faut placer la colite chronique. C'est le principal accident. Elle est le résultat de la stase des matières qui par leur contact prolongé avec la muqueuse intestinale et les produits excitants qu'elles élaborent, finissent par déterminer une inflammation. Elle apparaît chez les enfants âgés de plus d'un an et se présente à divers degrés. Il peut y avoir tout d'abord une colite simple se traduisant par une simple exsudation de la muqueuse donnant lieu à des douleurs sous forme de coliques et à une fausse diarrhée due au ramollissement des matières par les mucosités coliques abondantes. Il peut y avoir plus tard, mais de façon plus rare, une colite ulcéreuse ou dysentérique de pronostic plus grave et qui serait plutôt le privilège du dolichomégacôlon.

Comme deuxième accident se voyant surtout chez l'enfant atteint de dolichocôlon, il faut signaler le polapsus rectal, en rapport avec les efforts de défécation.

Le volvulus qui est la principale complication du dolichocôlon de l'adulte est exceptionnel chez l'enfant, il en est de même de l'hémorragie intestinale qui, relativement fréquente chez l'adulte, est rare dans l'enfance.

Formes cliniques

Le dolichocôlon se présente en clinique, chez l'enfant comme chez l'adulte, sous des aspects variés que nous allons essayer d'individualiser. Mais auparavant insistons encore une fois sur ce fait que les signes cliniques, n'ayant bien souvent rien de spécifique, ne permettent de poser qu'un diagnostic de présomption et qu'au contraire les signes radiologiques, par leur véritable spécificité, sont les seuls qui peuvent le confirmer.

a) Parmi les nombreuses formes cliniques du dolichocôlon chez l'enfant, il faut parler tout d'abord de la forme latente, forme ne se traduisant par aucun symptôme clinique, mais révélée uniquement par un examen radiologique. Ces formes latentes sont difficiles à affirmer en raison de la variabilité de la longueur normale du côlon chez l'enfant et de la difficulté de déterminer d'une façon absolue à partir de quel allongement on doit porter le diagnostic de dolichocôlon.

b) Les formes frustes avec simple constipation chronique sont relativement fréquentes.

c) Les formes douloureuses ont plus d'importance. Se présentant sous divers types cliniques, suivant le siège où se localise la crise douloureuse, elles peuvent faire errer le diagnostic. Parmi ces formes, de nombreux auteurs ont insisté sur la forme pseudo-appendiculaire. Nous rappellerons seulement que la pré-

sence de ballonnement, la cessation brusque de la crise douloureuse, qui est courte et sans horaire, l'absence de température, doivent faire poser le diagnostic malgré les nausées et les vomissements.

On a signalé également une forme épigastralgique, caractérisée par des douleurs gastriques irrégulières en rapport avec un dolichocôlon du transverse, et une forme cholecystique due à un dolichocôlon du cœco-ascendant.

d) Les formes dyspeptiques se caractérisent par des nausées, des vomissements et de la fétidité de l'haleine. Il faut leur rattacher cette forme particulière identifiée par MM. Chiray, A. Lomon et R. Wahl avec vomissements acétonémiques.

e) Dans certains cas, des troubles urinaires importants, avec élimination de colibacilles et inflammation des voies urinaires a permis de décrire des formes rénales.

f) MM. Cassoute et Gueirard ont insisté sur l'importance des signes généraux dans le dolichocôlon de l'enfant et à ce sujet ont individualisé, comme nous l'avons vu plus haut, certaines formes cliniques. Il ne nous a pas été donné, à la Clinique Médicale des Enfants d'observer de telles formes.

g) Nous avons observé une forme de dolichocôlon associé à un syndrome de gastro-entérite. On a également signalé l'association du dolichocôlon avec l'appendicite et avec la péricolite. Dans ce dernier

cas, cette péricolite est souvent l'origine de brides et même de meso-sigmoïdite rétractile.

h) Il a été décrit certaines formes de dolichocôlon coïncidant avec certains syndrômes généraux et endocriniens, tels le rachitisme, une avitaminose, et un syndrome neuro-endocrinien.

i) Beaucoup plus importantes sont les formes de dolichocôlon suivant le siège. Chez l'enfant la localisation la plus fréquente est celle sur le côlon ilio-pelvien; celle sur le côlon iliaque et descendant n'est également pas rare. Nous en avons décrit les aspects lors de notre étude radiologique.

TRAITEMENT DU DOLICHOCOLON

Le traitement est avant tout médical.

Le régime tient une place importante.

A la période d'allaitement, on prescrit une alimentation régulière au sein ou au lait de vache. Si l'enfant présente des selles fétides, on conseille des bouillies de babeurre et des bouillies maltosées au lait coupé d'eau.

A la période du sevrage, on observe les règles habituelles. Toutefois, d'une façon générale il faut donner avec modération les aliments qui laissent des résidus cellulosiques tels que les carottes, les épinards, l'oseille; les aliments riches en amidon, tels que le pain, les pommes de terre, les pâtes, les farineux, les bananes, car les résidus de ces aliments stagnent dans le colon pelvien et y subissent des fermentations qu'il convient d'éviter.

On donne donc de préférence des aliments ne laissant qu'un résidu insignifiant : lait, viande, poisson. Il faut tenir compte, naturellement, de leur digestibilité, de l'existence de putréfaction intestinale, et leur associer des fruits, des gelées, des compotes.

S'adressant aux troubles du transit qui sont à la base du syndrome, on tentera de régulariser la pro-

gression du contenu intestinal en prescrivant des laxatifs mucilagineux et huileux. On pourra également utiliser des petits lavements d'huile, mais ce sont les entéroclyses qui rendent de grands services. Le lavement doit être administré au moyen d'une sonde suffisamment longue qui est introduite profondément et l'écoulement du liquide réglé sous faible pression.

Les massages de l'abdomen peuvent faciliter l'évacuation du côlon.

Dans certains cas, on agit sur la musculature intestinale et abdominale soit par des applications chaudes et la belladone, s'il y a du spasme, soit par des applications fraîches et la noix vomique s'il y a atonie.

Enfin il ne faut pas oublier que le dolichocôlon s'associe fréquemment à d'autres états morbides qu'on ne doit pas négliger. On luttera contre la dystonie neuro-végétative et on traitera les troubles endocriniens.

Pour certains malades, se pose l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

Elle est indiquée quand le traitement médical échoue, quand il existe une distension gazeuse permanente de l'abdomen, quand il y a tendance à la constitution d'un mégacôlon, quand surviennent des accidents d'occlusion intestinale aiguë et surtout quand ils se répètent. On pratique alors une ilio-sigmoïdectomie.

Les indications opératoires sont heureusement rares. Le traitement médical suffit généralement. Mais il faut toujours surveiller le malade, car un dolichocôlon, longtemps toléré, peut, à un âge plus ou moins avancé, être mal supporté et se compliquer de mégacôlon.

LE MEGACOLON

Le mégacôlon est la dilatation du côlon avec hypertrophie de ses parois.

Hirschsprung, de Copenhague, en 1888 et en 1890, a décrit une affection caractérisée par la dilatation et l'hypertrophie du côlon d'origine congénitale.

Mya, de Florence, en 1894, l'appelle mégacôlon congénital. Dans la suite ont paru les travaux de Genersich en 1893, de M. Marfan en 1895, de Concetti en 1899 de Johannessen en 1900 et de bien d'autres.

Le mégacôlon se rencontre surtout dans la petite et la moyenne enfance, plus rarement dans la grande enfance et la jeunesse, parfois chez l'adulte et même chez le vieillard.

Il réalise un syndrome clinique dont les deux symptômes principaux sont la constipation et le gros ventre tympanique.

Les symptômes peuvent apparaître plus ou moins tôt après la naissance, quelquefois dès les premiers jours de la vie.

a) Chez le nouveau-né on rencontre parfois une forme aiguë. L'enfant paraît normal à la naissance, mais il ne rend pas de méconium, toutefois le toucher rectal ou la sonde en ramènent.

Au bout de 2 ou 3 jours l'abdomen grossit, devient tendu, météorisé, la paroi présente un léger œdème, les veines abdominales sont dilatées. Les lavements, le toucher rectal combiné avec le massage de l'abdomen provoquent l'évacuation de méconium et plus tard de matières. Alors le ventre se détend. Les phases de rémission et de reprise se succèdent. L'enfant a de l'anorexie et des vomissements. Il devient athrétique. Finalement, au bout de deux à trois semaines, la mort survient par occlusion aiguë, colite aiguë ou broncho-pneumonie.

Dans certains cas, les symptômes s'atténuent et le syndrome chronique s'institue.

La forme lente est la plus habituelle.

La constipation s'installe dès la naissance ou au bout de quelques mois. Elle est permanente. Les évacuations se produisent tous les 4, 5 ou 6 jours ou seulement à des intervalles encore plus éloignés. Les purgatifs sont mal tolérés. Les grands lavages de l'intestin provoquent des évacuations considérables constituées par des scybales dures, des matières molles ou liquides, du mucus, quelquefois du sang et du pus. Leur odeur est fétide, putride.

Généralement, l'émission des gaz persiste. Ils sont fétides, putrides.

De temps en temps surviennent des accidents aigus d'occlusion, avec fièvre, rétention des matières et des gaz, exagération des symptômes abdominaux.

L'abdomen grossit graduellement. Il peut devenir énorme. La distension est généralisée. Le ventre peut être comparé à un ballon, à un tonneau. Le bas du thorax est élargi. On constate du tympanisme, souvent des mouvements paristaltiques spontanés ou provoqués par des chiquenaudes. La peau est tendue, luisante, les veines sont dilatées, parfois il y a un peu d'œdème. Dans les régions déclives, il peut y avoir de la submatité due à l'accumulation de matières et de liquide dans les parties inférieures du côlon. On pense, à tort, parfois, à l'ascite.

La distension est permanente, mais elle présente des variations suivant les périodes. Elle diminue après l'évacuation, elle s'exagère quand apparaissent les phénomènes d'occlusion.

b) Dans la moyenne et la grande enfance, le mégacôlon n'est relativement pas rare. La constipation, l'augmentation du volume du ventre sont là encore les symptômes principaux.

Le toucher rectal n'apprend généralement rien. Dans certains cas, il révèle du spasme anal ou un spasme haut situé. Parfois il fait découvrir dans la partie supérieure, un repli valvulaire en forme de diaphragme. Ce repli est surtout perceptible au retour. Quelquefois le rectum est très grand.

L'introduction d'une longue sonde conduit aux mêmes constatations. Quelquefois elle révèle à

l'union du rectum et du côlon pelvien une coudure ou une valvule.

A la rectoscopie le calibre du rectum apparaît normal ou augmenté. M. Bensaude a observé assez souvent au niveau de l'union du rectum et du côlon pelvien un repli valvulaire, parfois difficile à franchir.

La radiologie sans préparation, montre la transparence anormale de l'abdomen par distension gazeuse. Après lavement baryté on voit les côlons distendus suivant plusieurs modalités.

Le siège et l'étendue du mégacôlon sont divers.

Quelquefois il intéresse tout le côlon. Généralement la dilatation est segmentaire. Elle occupe le plus souvent le côlon ilio-pelvien, quelquefois le côlon descendant ou le côlon transverse, rarement le côlon ascendant.

Souvent la dilatation s'étend au côlon ilio-pelvien et au rectum.

Quand il y a un dolichocôlon pelvien, le côlon pelvien peut être également dilaté, ce qui réalise le dolicho-mégacôlon pelvien.

Toutefois, M. Marfan fait la remarque suivante : « L'anse sigmoïde est la partie le plus fréquemment atteinte par la dilatation hypertrophique. Il est remarquable que, lorsqu'elle est frappée, ses flexuosités si accusées chez le nouveau-né normal disparaissent .»

A l'autopsie on constate des modifications anatomiques de la paroi du côlon : celle-ci est épaissie du

fait de l'hypertrophie de la tunique musculaire. Les fibres musculaires longitudinales forment un manchon.

Quelquefois, on retrouve le diaphragme ou la valvule musculaire qui est à l'union du segment normal et du segment dilaté et qui en s'opposant au passage régulier des matières dans le rectum, semble être, directement ou indirectement, la cause de toutes ces manifestations pathologiques.

DOLICHOCOLON PELVIEN ET MEGACOLON

1° Le dolichocôlon pelvien, comme dans plusieurs de nos observations, peut exister seul, sans mégacôlon. Il peut s'accompagner d'une dilatation localisée ou même segmentaire.

2° Le mégacôlon descendant, transverse, ascendant ou généralisé, peut exister sans être accompagné d'un dolichocôlon pelvien.

3° Le dolichocôlon pelvien et le mégacôlon des autres portions peuvent coexister.

**ESSAI DE PATHOGENIE, DU DOLICHOCOLON
ET DU MEGACOLON
ET RAPPORTS DU DOLICHOCOLON
AVEC LE MEGACOLON**

La pathogénie du dolichocôlon et du mégacôlon a été et est encore l'objet de discussions.

De nombreuses théories ont été soutenues pour expliquer la pathogénie du dolichocôlon.

Certains voient dans le dolichocôlon, une véritable malformation congénitale, une anomalie de développement survenant au moment de l'évolution embryologique (migration, rotation, descente, fixation), du tractus gastro-intestinal.

D'autres invoquent la persistance chez l'adulte d'une disposition normale chez l'enfant. Pour eux, c'est un trouble du développement pendant la vie extra-utérine, nullement en rapport avec le développement du tube digestif pendant la vie intra-utérine.

Si cette dernière théorie peut être exacte pour certains cas et chez l'adulte, elle ne l'est pas pour tous, en effet elle n'explique pas l'existence du dolichocôlon chez l'enfant.

Du fait de l'insuffisance des théories précédentes, certains ont proposé une théorie physio-pathologique

faisant du dolichocôlon une conséquence de certains troubles du transit intestinal.

Pour Marfan des troubles digestifs chez l'enfant peuvent expliquer certains allongements de l'intestin.

Arbuthnot, Lane, Roblin, Caucci admettent de même que la stase intestinale chronique peut déterminer des allongements segmentaires du gros intestin.

Lardennois et Aubourg admettent que la colite chronique explique l'altération et l'allongement du côlon.

Duval, Roux, Gaston Durand ayant remarqué que certains dolichocôlons sont susceptibles de regresser par la cure de la constipation, ils admettent que la stase intestinale chronique puisse créer l'allongement du gros intestin.

Pour MM. Chiray, A. Lomon et R. Wahl, les théories précédentes, soit anatomiques, soit physiopathologiques, ne peuvent pas expliquer à elles seules la constitution du dolichocôlon. Pour eux, dans la pathogénie de cette affection interviennent d'une part des causes prédisposantes d'ordre anatomique, et d'autre part des causes déterminantes d'ordre physiopathologique. Parmi les premières ils signalent des défauts d'accolements permettant des coudures, sinuosités et plicatures et en particulier des défauts d'accolements du mésocôlon sigmoïde, si bien que l'anse sigmoïde très mobile peut atteindre un grand développement, ce qui permet l'existence d'un dolichocôlon sigmoïdien.

La soudure plus ou moins complète à la paroi et la hauteur variable des mésocôlons jouent donc un rôle dans le développement du dolichocôlon acquis, c'est-à-dire dans la façon dont se plisse ou se coude un côlon trop long.

C'est à la faveur de ces dispositions anatomiques particulières que peuvent se produire, dans certains cas, des allongements pathologiques.

Pour MM. Chiray, A. Lomon et R. Wahl, la colite invoquée par Lardennois et la stase intestinale chronique ne sont nullement des causes, mais des conséquences de l'affection. Pour ces auteurs, le dolichocôlon est la manifestation d'un trouble complexe des fonctions motrices du côlon, trouble souvent en rapport avec la dystonie du système nerveux végétatif et entraînant parfois du spasme ou de l'atonie colique.

La pathogénie du mégacôlon est, elle aussi, l'objet de discussions.

Le mégacôlon a d'abord été considéré comme une affection congénitale.

Hirschspung, en 1904, dans le traité des maladies de l'enfance de Grancher et Comby, où il étudie la dilatation congénitale du côlon écrit : « Le fait le plus caractéristique du mégacôlon consiste précisément dans l'entrave au passage des matières intestinales quoique le calibre soit libre et large partout... Le mégacôlon est le résultat d'un développement trop luxurieux rappelant ce qu'on trouve ailleurs

dans les organes du fœtus externes et internes... C'est une sorte de gigantisme localisé du côlon. »

Pour Hirschsprung et Mya, le mégacôlon est congénital.

Il est certain que le mégacolon congénital existe. On a trouvé un mégacôlon chez des fœtus et des nouveaux-nés. L'absence de symptômes à la naissance ne permet pas d'éliminer l'origine congénitale. « Il est évident, écrit Hirschsprung, qu'il lui faut quelques jours de la vie pour se manifester. » Mais c'est à tort qu'Hirschsprung n'a admis que cette pathogénie.

Dans certains cas, si ce n'est pas dans la majorité des cas, comme l'a établi le professeur Marfan, le mégacôlon doit être considéré comme acquis, secondaire à un obstacle contre lequel le côlon lutte, ce qui entraîne l'hypertrophie musculaire.

Cet obstacle entraîne donc d'abord la dilatation puis l'hypertrophie musculaire du côlon.

En 1931, dans sa thèse sur la pathogénie et le traitement du mégacôlon, M. Guy Seillé s'exprime ainsi : « L'opinion actuelle a tendance à le considérer comme acquis, secondaire à un obstacle que l'hypertrophie musculaire essaie de forcer ». Il reste à préciser la nature de l'obstacle.

Les examens cliniques et les autopsies montrent l'absence d'un obstacle anatomique sous-jacent à la dilatation, d'une compression par une tumeur ou des brides inflammatoires, des sténoses congénitales ou acquises.

Pour M. Marfan : « Il est vraisemblable que le plus grand nombre des dilatations hypertrophiques secondaires est dû à la longueur anormale, aux replis multiples et très accusés du côlon ilio-pelvien avec l'ongueur et laxité exagérée du mésentère correspondant. »

Le mégacôlon est la conséquence du dolichocôlon.

Mais pour entraîner la formation du mégacôlon, il faut que le dolichocôlon s'évacue mal et entraîne une constipation habituelle. Alors interviennent, soit une coudure excessive de l'anse sigmoïde, soit la compression d'un segment par un segment supérieur rempli de matières et de gaz, soit la torsion d'une anse avec occlusion partielle, passagère ou durable, soit surtout la fermeture d'un repli valvulaire à l'union du côlon pelvien et du rectum. L'importance du segment où le côlon pelvien se continue avec le rectum est grande.

M. Arthur F. Hurst, dans un mémoire sur les sphincters du canal alimentaire et leur signification clinique, publié dans les Archives des Maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la nutrition en janvier 1925 l'a bien mise en évidence.

Il rappelle qu'en 1833 James O'Baine a établi que le côlon ilio-pelvien mobile s'unit au rectum fixe, sous un angle aigu et il propose de l'appeler plicature pelvi-rectale.

En outre, un sphincter pelvi-rectal ajoute son action à la disposition en angle aigu pour retenir les matières dans le côlon ilio-pelvien.

Habituellement les matières séjournent dans le côlon ilio-pelvien et le rectum est vide; les matières ne passent qu'à certains moments dans le rectum et leur arrivée provoque le besoin de déféquer.

D'après M. Hurst, le spasme ou l'achalasie, c'est-à-dire le défaut de relâchement du sphincter pelvi rectal sont la cause principale du mégacolon ilio pelvien et du mégacôlon total. Quand la dilatation s'étend au rectum interviennent de plus le sperme ou l'achalasie du sphincter anal.

Le spasme du sphincter anal a d'ailleurs été considéré comme la cause du mégacôlon par Fenwick en 1900, Moser, Gœbel, Wilms. M. Comby et M. Lardennois ont obtenu la guérison du mégacôlon par la dilatation de l'anus.

Le spasme anal intervient fréquemment, car, d'après M. Hurst : « La limite inférieure du côlon dilaté se rencontre avec une fréquence égale à la jonction pelvi-rectale ou au sphincter anal. » Il est la cause du mégarectum mais il ne paraît pas suffisant pour entraîner le mégacôlon.

M. P. Duval en 1903 écrit : « Quant à la contraction du sphincter externe de l'anus qu'invoque Fenwick, elle est certes la cause fréquente de la constipation infantile, mais nous avons peine à croire qu'elle puisse créer l'ectasie colique hypertrophique. »

Dans *Acta Paediatrica* de 1925, MM. Yvan Behring et Otto of Klecker de Lund, en Suède, émettent la

même opinion : le spasme anal ne suffit pas, il faut un spasme colique haut situé.

Reste à établir la cause des spasmes et des achalasia. On invoque la dystonie du système neuro-végétatif. Cette dernière pouvant être la conséquence d'un trouble endocrinien.

Il est possible d'autre part que la dystonie neuro-végétative intervienne en entraînant l'atonie du côlon dans le segment qui se dilate.

En résumé, le mégacôlon dans sa forme acquise, résulte de la difficulté pour le côlon ilio-pelvien d'évacuer son contenu, autrement dit d'une stase des matières.

Cette stase peut être la conséquence de dispositions anatomiques anormales (exagération de la plicature pelvi-rectale, formation d'une valvule muqueuse à l'union du rectum et du côlon ilio-pelvien), de spasmes ou d'achalasia que nous avons vu être subordonnés à des facteurs généraux (dystonie neuro-végétative) ou encore d'un dolichocôlon.

Mais bien souvent ces facteurs étiologiques sont plus ou moins associés, si bien que l'on peut dire que l'exagération de la plicature pelvi-rectale et la formation d'une valvule muqueuse, le spasme ou l'achalasia du sphincter pelvi-rectal, en entraînant l'évacuation difficile d'un dolichocôlon sont à l'origine du mégacôlon acquis. Quand, en même temps qu'un mégacôlon, il existe un mégarectum, il peut y avoir spasme ou achalasia du sphincter anal.

Au-dessus de l'obstacle, le côlon se dilate et s'hypertrophie, quand l'hypertrophie musculaire n'évolue pas parallèlement à la dilatation, il se produit de la défaillance du côlon, il en résulte une forme grave de mégacôlon qui entraîne plus ou moins rapidement la mort, généralement avant huit ans.

Quand l'hypertrophie permet au côlon de surmonter l'obstacle, la dilatation n'atteint pas un degré dangereux, le mégacôlon est moins sévère, il permet une existence sensiblement normale jusqu'à un âge avancé.

CONCLUSIONS

En terminant, nous tenons à rappeler certains points que nous avons signalés au cours de notre étude, mais sur lesquels nous croyons utile d'insister en raison de leur importance.

1. — Le côlon pelvien de l'enfant présente plusieurs particularités anatomiques qui, nettes chez le nouveau-né et le nourrisson, vont en s'atténuant à partir de deux ans, pour disparaître dans la jeunesse, le côlon tendant à prendre alors le type de celui de l'adulte.

Le côlon pelvien de l'enfant est long et presque entièrement situé dans la cavité abdominale. Il réalise des flexuosités plus ou moins nombreuses. Son union avec le rectum se fait sous un angle aigu qui constitue la plicature pelvi-rectale et au niveau de laquelle existe un sphincter pelvi-rectal et quelquefois un repli valvulaire.

2. — A côté de la forme classique, la plus fréquente forme douloureuse avec constipation et aérocolie, existent de nombreuses autres formes cliniques de symptomatologie beaucoup moins tranchée, et qui passeraient facilement inaperçues si on ne prenait la précaution de compléter l'examen par une radioscopie avec lavement baryté.

3. — La radioscopie avec lavement baryté joue dans l'établissement du diagnostic de ces affections un rôle de premier plan. Non seulement elle permet de localiser l'affection et d'en préciser la nature, mais encore elle met en évidence l'existence de troubles de la motricité intestinale. La constatation de ces troubles du transit intestinal a, nous l'avons vu, permis d'élaborer une théorie physiologique de la pathogénie de cette affection.

4. — L'évolution du dolichocôlon peut ou bien se faire à bas bruit et ne se révéler qu'à l'âge adulte ou bien être plus évidente dès l'enfance, marquée par des accidents d'obstruction intestinale ou des complications. Ces complications étant différentes de celles de l'adulte et étant représentées surtout par la colite chronique et le prolapsus rectal.

5. — Le mégacôlon qui pour les uns est congénital, semble dans la plupart des cas être une affection acquise. Il est secondaire à un obstacle qui entraîne la dilatation et l'hypertrophie musculaire. Il est exceptionnel que l'obstacle soit avéré (compression, rétrécissements). Dans la règle, l'obstacle n'est pas évident (mégacôlon idiopathique) et paraît être réalisé en général par le dolichocôlon quand il s'évacue mal et entraîne une constipation rebelle.

Certains facteurs interviennent pour que le dolichocôlon se transforme en mégacôlon. Ce sont l'exagération de la plicature pelvi-rectale et la formation d'une valvule muqueuse, le spasme ou l'achalasie du sphincter pelvi-rectal.

Quand, en même temps qu'un mégacôlon, il existe un mégarectum, interviennent le spasme ou l'achalasie du sphincter anal. Ceux-ci ne suffisent pas pour entraîner le mégacôlon.

A l'origine de ces spasmes ou achaliasies peut se rencontrer une dystonie du système neuro-végétatif en rapport parfois avec des troubles endocriniens.

6. — Le traitement du dolichocôlon de l'enfant sera avant tout médical. Il traitera la cause première, le déséquilibre du système nerveux végétatif et régularisera la progression du contenu intestinal par un régime basé sur un examen coprologique et par un traitement médicamenteux laxatif.

Quant au traitement chirurgical, il n'est pas à conseiller chez l'enfant, tout au plus il ne sera accepté que pour les complications d'ordre chirurgical qui peuvent survenir au cours de l'évolution de la maladie.

VU : *Le Doyen :*

ROUSSY.

VU : *Le Président de Thèse :*

Professeur NOBECOURT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALVAREZ. — *Differences of behavior of segments from different parts of intestine* (*American Journal of Physio*, t. 45, p. 392, mars 1918).
- AUBOURG. — *Evolution du dolichocôlon* (*Bulletin et Mémoires de la Soc. de Méd.*, Paris, juin 1932).
- AUCLAIR. — *Examen radiologique du gros intestin* (*Bulletin de l'Hôpital Saint-Michel*, 1932).
- BECLÈRE. — *Variations de longueur du gros intestin* (Société de gastro-entérologie de Paris, février 1923).
- BENSAUDE. — *Maladies de l'intestin* (Masson, 1932).
- BENSAUDE et MONOD. — *Le dolichosigmoïde* (*Ann. de Médecine*, avril 1930).
- CAIN. — *Le dolichosigmoïde* (*La Clinique*, décembre 1929).
- CAIN, SELAPCHIER et M^{lle} BARNAUD. — *Positions successives du dolichosigmoïde* (Soc. de gastro-entérologie, Paris, 1932).
- CAMBRES. — *A propos du dolichocôlon* (Société de Médecine de Paris, avril 1932).
- CARNOT. — *Sur le dolichocôlon* (*Paris Médical*, avril 1932).
- CHIRAY, A. LOMOND et R. WAHL. — *Le dolichocôlon* (Masson, 1931).
- CHIRAY, LARDENOIS et A. LOMOND. — *Traitement médico-chirurgical du dolichocôlon* (Société de Médecine de Paris, 1932).

- DAGUINO. — *Le dolichocôlon* (Thèse de Buenos-Ayres, 1930).
- DURAND. — *Mégacôlon et dolichocôlon* (*Année Médicale Pratique*, 1932).
- DUVAL. — *Dilatation dite idiopathique du gros intestin* (*Revue de Chirurgie*, 1903).
- FOLIASSEN. — *Fausse appendicite souvent méconnue, mégadolichocôlon sigmoïde* (*Hôpital*, août 1932).
- FRIEDEL. — *Exploration de l'anse sigmoïde par la radiographie* (*Société Médicale Hôpitaux*, 1931).
- GIRAULT. — *Traitement médical du dolichocôlon* (*Ann. méd. de l'appareil digestif*, 1928).
- GRÉGOIRE. — *Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen* (Paris, Baillière, 1922).
- GUEIRARD. — *Essai de pathogénie du dolichocôlon de l'enfant* (Thèse de Marseille, 1933).
- HOUDARD. — *A propos de deux cas de dolichocôlon* (*Bulletins et Mémoires de la Soc. de chirurgie*, E. 53, page 647, 1927).
- LARDENNOIS. — *Stase colique par déformations des côlons* (*Presse Médicale*, 7 juin 1913).
- LÉTONDAL. — *Mégacôlon chez l'enfant* (Thèse Paris, 1925).
- LEVEN et BARET. — *Biloculation gastrique par distension gazeuse de l'estomac et du côlon* (*Bulletin de la Société radiologique méd. de Paris*, février 1911).
- MONGES. — *Mécanisme de l'aérogastrie dans le dolichocôlon sigmoïde avec aéro-colie* (*Soc. de médecines générales et coloniales*, avril 1932).
- MARFAN. — *Le gros ventre des nourrissons dyseptiques et l'augmentation de longueur de l'intestin* (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, avril 1903). *Les affections des voies digestives de la première enfance* (Masson, 1930).

NOBECOURT. — *Dolichocôlon et mégacôlon*. Leçon du 5 avril 1930 (*Journal des Praticiens*, 27 février 1932).

— *Dolichocôlon pelvien dans la petite et moyenne enfance*. Leçon du 4 février 1933 (*Journal des Praticiens*, 27 mai 1933).

NOBECOURT et RICHARD. — *Dolichocôlon et mégacôlon chez l'enfant* (*Archives de méd. Enfants*, avril 1934).

OPPENHEIMER. — *Physiologie de la motricité du côlon* (1930).

ROUVIÈRE. — *Anatomie* (1924).

M^{lle} REICHNECKER. — *Un nouveau mode des traitements des mégadolichocôlon*.

SEILLE. — *Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du mégacôlon* (Thèse de Paris, 1929).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
OBSERVATIONS	12
LE GROS INTESTIN DE L'ENFANT.....	30
LE DOLICHOCOLON CHEZ L'ENFANT.....	34
Signes cliniques	35
Signes radiologiques.....	42
Evolution - Complications.....	46
Formes cliniques	48
TRAITEMENT DU DOLICHOCOLON.....	51
LE MÉGACOLON.....	54
DOLICHOCOLON PELVIEN ET MÉGACOLON.....	59
ESSAI DE PATHOGÉNIE. RAPPORTS DU DOLICHOCOLON AVEC LE MÉGACOLON.....	60
CONCLUSIONS	68
BIBLIOGRAPHIE	71

